

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

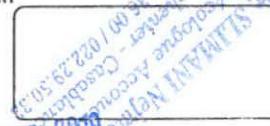
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-461539

N°
13681

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	RAM	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENZAIDOUNE AWAASS			
Date de naissance :			
Adresse :		Rue 1, Appart 115, Etage 4	
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 21 OCT. 2019			
Nom et prénom du malade : El BADDAGWI, Céline Age : 21			
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Objectif gynéco			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 24 Le : 2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/01/2018	U		200.00	INP : 05/11/2018 Signature : 05/11/2018 N° de la facture : 1022280322 Nom du patient : Boucra Nom du praticien : Dr Naima N° de la carte : 1111111111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BA HMAD Mme EL ALI Charafa 82, Bd Ba Hmad - Belvédère Tel: 24.75.39 - CASABLANCA 2015085	24/10/2019	309,60 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F.
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

A diagram showing a 12x12 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'D' at the left end and 'G' at the right end. The vertical axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid is composed of 144 circles, with the values of the circles in each row and column increasing from left to right and top to bottom. The values are: Row 1: 1, 2, 1, 2; Row 2: 3, 4, 3, 4; Row 3: 5, 6, 5, 6; Row 4: 7, 8, 7, 8; Row 5: 8, 9, 8, 9; Row 6: 9, 10, 9, 10; Row 7: 10, 11, 10, 11; Row 8: 11, 12, 11, 12; Row 9: 12, 13, 12, 13; Row 10: 13, 14, 13, 14; Row 11: 14, 15, 14, 15; Row 12: 15, 16, 15, 16.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nejmeddine SLIMANI

GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
SPECIALISTE

Titulaire du C.E.S.

d'Obstétrique et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Reims (France)

Stérilité - Echographie - Maladies des seins
Chirurgie Gynécologique

20, Rue Chenier - Place 16 Novembre

Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

CASABLANCA

الدكتور نجم الدين سليماني

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب ببرامس (فرنسا)

الجراحة النسائية - العقم

الفحص بالأشعة فوق الصوتية

أمراض الثدي

20 زنقة شوني - ساحة 16 نونبر

الهاتف: 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

الدار البيضاء

Casablanca, le : 24 OCT. 2019

EL BADDAOUI A H2 PANCE

17.4. De novo



36,30 Napp le -

flacon

85,30 x 3 = 255,90

Rebaga x 3



2 309,60 DZ

PHARMACIE BA HMAD
Mme El. Ali Chrafa
82, Bd Ba Hammad - Belvédère
Tél.: 24.75.39 - CASABLANCA
INPE : 092013085



6 118000 060406



10 ouvertes

PC 03400932043293

Flagyl® 500mg

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca



Individuellement sur ordonnance - TABLEAU A
13,25 - 25,50 - 36,75 - 50,00 - 63,25 - 76,50

Respecter les doses prescrites

Flagyl 500mg

36,30

Dermoval
0,05 % CREME

Tube de 10 g



Belata[®]

acétate de chlormadinone
éthinylestradiol



® GEDEON RICHTER

Lot:
EXP:

T92308A
02 2022

PPV: 85DH30

Belata®

acétate de chlormadinone
éthinylestradiol



GEDEON RICHTER



Lot:
EXP:

T92308A
02 2022

PPV: 85DH30

1 x 21 comprimés pelliculés à usage oral

Belata®

acétate de chlormadinone
éthinylestradiol



GEDEON RICHTER



Lot:
EXP:

T92308A
02 2022

PPV: 85DH30

1 x 21 comprimés pelliculés à usage oral